

Tervise enesehinnangu sotsiaal-majanduslikud erinevused Eestis: Euroopa sotsiaaluuring 2004

Ülle Sildever¹, Kersti Pärna², Inge Ringmets² – ¹Lääne-Tallinna Keskhaigla naistekliinik, ²TÜ tervishoiu instituut

Võtmesõnad: tervise enesehinnang, sotsiaal-majanduslik seisund

Eesmärgiga kirjeldada tervise enesehinnangu sotsiaal-majanduslike erinevusi Eestis analüüsiti 35–54aastaste täiskasvanute andmeid Euroopa sotsiaaluuringus 2004. Oma tervist hindasid vastajad 5astmelisel skaalal: väga hea, hea, rahuldav, halb ja väga halb. Uuringutulemused näitasid, et umbes pooled vastanutest hindasid oma tervist vähemalt heaks ja pooled rahuldavaks või halvemaks. Meeste ja naiste tervise enesehinnangus olulist erinevust ei leitud. Oma tervist rahuldavaks või halvemaks hinnanuid esines rohkem madalama haridustasemega, mittetöötavate, majanduslikult halvasti toime tulevate ja vanema vanuserühma meeste ning naiste hulgas. Ei leitud tervise enesehinnangu seost rahvuse, elukoha ega perekonnaseisuga.

Rahvusvahelistes teadusuuringutes esitatakse jätkuvalt tõendeid kasvavatest sotsiaal-majanduslikest erinevustest rahvastiku tervises ja käsitletakse ebavõrdsust tervises kui üht peamist seni lahendamata tervishoiuprobleemi arenenud riikides (1). Madalam haridustase ja ametialane kuuluvus ning väiksem sissetulek tähendavad suuremat riski haigestuda ja surra (2).

Iga riigi seisukohalt on oluline tema rahvastiku tervis, mille üheks väljendusviisiks on inimeste rahulolu oma tervisliku seisundiga (3). Tervise enesehinnangu kui ühe tervise ja elukvaliteedi põhinäitaja uurimine on epidemioloogilistes uuringutes üks enam levinud võimalusi jälgida rahvastiku tervist. Iseseisvusaastate algus koos siirdemajanduse eripäraga tõi Eestis kaasa tervisekriisi süvenemise, millega kaasnesid kehvad hinnangud oma tervisele (2). Ehkki alates 1994. aastast on Eestis keskmine eluiga aeglaselt kasvanud (4), on ebavõrdsusele suunatud tervisepoliitikas vaja järjepidevat teavet, millised on rahvastikurühmade sotsiaal-majanduslikud erinevused tervises ja missugustel rahvastikurühmadel on suurem risk haigestuda ning enneaegselt surra.

Uuringu **eesmärk** oli analüüsida Eesti 35–54aastaste täiskasvanute tervise enesehinnangu ja sotsiaal-majanduslike tegurite seoseid Euroopa sotsiaaluuringu 2004 põhjal.

UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Töö põhineb Euroopa sotsiaaluuringul 2004 (3), mis korraldati Eestis ajavahemikul novembrist 2004 kuni jaanuarini 2005. Uuringus intervjueriti Eesti kogurahvastikku esindavat valimit (15aastased ja vanemad), mille 35–54aastastel täiskasvanutel (n = 627) uuriti tervise enesehinnangu sotsiaal-majanduslike erinevusi.

Oma tervist hindasid vastanud 5astmelisel skaalal: väga hea, hea, rahuldav, halb ja väga halb. Selle alusel moodustati andmeanalüüsiks binaarne tunnus: hea või parem ja rahuldav või halvem tervise enesehinnang.

Sotsiaal-majanduslikest teguritest analüüsi-
ti haridust, tööhõivet, majanduslikku toime-
tulekut (heaolu), vanust, rahvust, elukohta
ja perekonnaseisu.

Eraldi analüüsi naiste ja meeste and-
meid. Tervise enesehinnangu ning sotsiaal-
majanduslike tegurite kirjeldamiseks kasu-
tati lihtsat sagedustabelit koos suhteliste
sagedustega. Rühmadevaheliste erinevuste
määramiseks kasutati χ^2 -testi (olulisuse
nivoo 0,05). Seost tervise enesehinnangu ja
sotsiaal-majanduslike tegurite vahel hinnati
logistilise regressiooniga ning arvatuti välja
šansisuhted (*odds ratio*, OR) koos 95% usal-
dusvahemikuga. Logistilise regressioonana-

lüüsi mudelis kohandati šansisuhe kõigile
teistele sotsiaal-majanduslikele teguritele.
Andmeanalüüsiks kasutati statistikaprog-
ramme StatCrunch ja Stata 9.

TULEMUSED

Suurem osa vastanutest hindas oma tervist
heaks (44,2%) või rahuldavaks (41,9%) (vt
tabel 1). Meestega võrreldes oli naiste hul-
gas mõnevõrra rohkem neid, kes hindasid
oma tervist väga heaks, kuid vähem neid,
kes hindasid oma tervist väga halvaks.

Tervise enesehinnangu järgi vastajate
jaotamisel kahte rühma hindas oma tervist
vähemalt heaks (hea ja väga hea) 49,2%

Tabel 1. Tervise enesehinnang 35–54aastaste meeste ja naiste hulgas, Euroopa sotsiaaluuring 2004

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Tervise enesehinnang						
väga hea	12	4,6	21	5,8	33	5,3
hea	117	44,5	160	43,9	277	44,2
rahuldav	107	40,7	156	42,9	263	41,9
halb	18	6,8	25	6,8	43	6,9
väga halb	8	3,0	2	0,6	10	1,6
teadmata	1	0,4	0	0,0	1	0,1
KOKKU	263	100,0	364	100,0	627	100,0

Tabel 2. Sotsiaal-majanduslike tegurite jaotus 35–54aastaste meeste ja naiste hulgas, Euroopa sotsiaaluuring 2004

Tunnus	Mehed		Naised		Kokku	
	arv	%	arv	%	arv	%
Vanus (aastates)						
35–44	125	47,5	166	45,6	291	46,4
45–54	138	52,5	198	54,4	336	53,6
Rahvus						
eestlane	192	73,0	280	77,0	472	75,3
mitte-eestlane	62	23,6	77	21,1	139	22,2
teadmata	9	3,4	7	1,9	16	2,5
Elukoht						
Tallinn	69	26,2	110	30,2	179	28,5
muu linn	98	37,3	154	42,3	252	40,2
maa	96	36,5	100	27,5	196	31,3
Perekonnaseis						
abielus/vabaabielus	195	74,1	244	67,0	439	70,0
lesk / lahutatud / lahus elav	35	13,3	79	21,7	114	18,2
vallaline	31	11,8	41	11,3	72	11,5
teadmata	2	0,8	0	0	2	0,3
Haridus						
põhiharidus	47	17,9	32	8,8	79	12,6
keskharidus	160	60,8	223	61,2	383	61,1
kõrgharidus	56	21,3	109	30,0	165	26,3
Tööhõive						
töötav	209	79,5	303	83,2	512	81,7
mittetöötav	54	20,5	61	16,8	115	18,3
Majanduslik toimetulek						
hea	144	54,8	206	56,6	350	55,8
halb	119	45,2	158	43,4	277	44,2
KOKKU	263	100,0	364	100,0	627	100,0

meestest ja 49,7% naistest ning rahuldavaks või halvemaks (rahuldav, halb ja väga halb) 50,8% meestest ja 50,3% naistest. Nendes kahes rühmas meeste ja naiste tervise enesehinnangus statistiliselt olulist erinevust ei leitud ($p = 0,9$).

Vastanutest kuulus 46,4% nooremasse ja 53,6% vanemasse vanuserühma (vt tabel 2). Rahvuse järgi oli uuringus rohkem eestlasi (75,3%), perekonnaseisu järgi abielus või vabaabielus (70,0%) olevaid, hariduse järgi keskharidust omavaid (61,1%) ning tööhõive järgi töötavaid (81,7%) täiskasvanuid. Võrreldes naistega oli meeste hulgas rohkem põhihariduse ja vähem kõrgharidusega vastanuid. Oma majanduslikku toimetulekut hindasid üle poole vastanutest heaks (55,8%) ja ligi pooled halvaks (44,2%).

Kohandatud šansisuhted koos 95% usaldusvahemikuga näitasid statistiliselt olulisi seoseid tervise enesehinnangu ning vanuse, hariduse, tööhõive ja majandusliku toimetuleku vahel nii meestel kui ka naistel (vt tabel 3). Ei leitud tervise enesehinnangu seost rahvuse, elukoha ega perekonnaseisuga.

Võrreldes naistega olid meestel seosed sotsiaal-majanduslike teguritega mõnevõrra tugevamad. Šanss hinnata oma tervist halvemaks oli meeste vanemas vanuserühmas 2,50 (naistel 2,40) korda suurem kui nooremas vanuserühmas. Võrreldes kõrgharidusega meestega oli keskharidusega meestel 3,17 korda ja põhiharidusega meestel 4,16 korda suurem šanss anda rahuldav või halvem tervise enesehinnang. Šanss anda halvem hinnang oma tervisele oli põhiharidusega naistel 3,16 korda suurem kui kõrgharidusega naistel. Olulist erinevust ei ilmnenu kõrghariduse ja keskharidusega naiste tervise enesehinnangute vahel. Tervise enesehinnang olenes tööhõivest, olles halvem mittetöötavatel kui töötavatel meestel ja naistel (OR vastavalt 3,90 ja 2,04). Võrreldes hea majandusliku toimetulekuga oli halva majandusliku toimetuleku korral meestel 3,72 (naistel 3,03) korda suurem šanss halvemaks tervise enesehinnanguks.

Nii meeste kui ka naiste tervise enesehinnangu šansisuhte kohandamine kõigile sotsiaal-majanduslikele teguritele muutis

Tabel 3. Rahuldava või halvema tervise enesehinnangu šansisuhted (OR) koos 95% usaldusvahemikuga (uv), 35–54aastaste meeste ja naiste hulgas, Euroopa sotsiaaluuring 2004

Tunnus	Mehed		Naised	
	Kohandamata OR (95% uv)	Kohandatud OR* (95% uv)	Kohandamata OR (95% uv)	Kohandatud OR* (95% uv)
Vanus (aastates)				
35–44	1	1	1	1
45–54	2,03 (1,24–3,32)	2,50 (1,38–4,51)	2,09 (1,37–3,18)	2,40 (1,51–3,84)
Rahvus				
eestlane	1	1	1	1
mitte-eestlane	0,83 (0,47–1,48)	0,70 (0,33–1,46)	1,53 (0,92–2,55)	1,01 (0,56–1,84)
Elukoht				
maa	1	1	1	1
Tallinn	1,82 (0,97–3,40)	1,05 (0,45–2,48)	0,87 (0,50–1,49)	1,35 (0,71–2,57)
muu linn	1,26 (0,72–2,23)	0,68 (0,34–1,39)	1,19 (0,72–1,96)	0,87 (0,49–1,53)
Perekonnaseis				
abielus / vabaabielus	1	1	1	1
lesk / lahutatud / lahus elav	0,93 (0,45–1,90)	0,69 (0,29–1,63)	1,50 (0,90–2,51)	1,07 (0,59–1,91)
vallaline	1,36 (0,63–2,92)	0,57 (0,21–1,54)	1,61 (0,82–3,15)	1,79 (0,83–3,87)
Haridus				
kõrgharidus	1	1	1	1
keskharidus	2,51 (1,31–4,79)	3,17 (1,46–6,91)	1,49 (0,94–2,36)	1,26 (0,76–2,10)
põhiharidus	5,41 (2,32–12,60)	4,16 (1,51–11,49)	4,27 (1,76–10,35)	3,16 (1,13–8,83)
Tööhõive				
töötav	1	1	1	1
mittetöötav	5,13 (2,50–10,50)	3,90 (1,67–9,11)	2,54 (1,41–4,57)	2,04 (1,04–3,99)
Majanduslik toimetulek				
hea	1	1	1	1
halb	4,15 (2,47–7,00)	3,72 (2,01–6,89)	3,25 (2,11–5,02)	3,03 (1,85–4,97)

* Iga šansisuhte kohandati tabelis esitatud ülejäänud tunnustele.

mõnevõrra nõrgemaks seosed põhihariduse, mittetöötamise ning halva majandusliku toimetulekuga, kuid need jäid statistiliselt oluliseks.

ARUTELU

Eestis on tervise enesehinnang võrreldav teiste Balti riikidega (5), kuid oluliselt parem kui teistes endistes Nõukogude Liidu liikmesriikides (6, 7) ja halvem kui arenenud Lääne-Euroopa riikides (5).

Varasemates uuringutes on leitud, et naistega võrreldes hindavad mehed oma tervist paremaks (8–11). Selline tulemus võib olla seotud asjaoluga, et mehed kipuvad sagedamini oma terviseprobleeme eitama, naised aga pööravad rohkem tähelepanu väiksematele terviseprobleemidele ja kalduvad tegelikku olukorda võimendama. Seekordses uuringus ei leitud olulist erinevust meeste ja naiste tervise enesehinnangus.

Meeste ja naiste tervise enesehinnangu halvenemine vanuse kasvades on kooskõlas kirjanduses kajastatuga (5, 10, 12–14) ja on põhjendatav vananemisega kaasnevate bioloogiliste muutustega inimorganismis.

Maal ning Tallinnast väiksemates linnades elavad mehed ja naised hindasid oma tervist mõnevõrra halvemaks kui Tallinnas elavad vastanud, kuid see erinevus ei olnud statistiliselt oluline ning on seletatav väheste erinevustega linna ja maapiirkondade vahel Eestis. Samasugune tulemus saadi ka Eesti terviseuuringu (1996/1997) andmete analüüsimisel (15).

Rahvusvaheliste ja Eesti uuringute tulemused (2, 5, 10, 12, 16–18) kinnitavad käesolevas töös leitud tervise enesehinnangu seost haridustasemega. Parema tervise enesehinnangu seos kõrgema haridustasemega on põhjendatav sellega, et hariduse omandamisel muutuvad väärtushinnangud ning lisandub teadmisi tervist väärtustava elulaadi kohta (2).

Teiste riikide uuringute põhjal annavad majanduslikult mitteaktiivsed (töötud, kodused) inimesed oma tervisele halvema hinnangu kui majanduslikult aktiivsed (töö-

tavad) inimesed (18). Samasugune seos ilmnes ka käesolevas uuringus, mida võib põhjendada kõrgema haridusega seotud parema positsiooniga tööturul ja sellega kaasneva sotsiaalse heaolu ning parema tervise enesehinnanguga.

Varasemate uuringute põhjal on materiaalselt vähem kindlustatud inimesed hinnanud oma tervist halvemaks kui materiaalselt paremini kindlustatud (8–10, 19, 20). Käesoleva uuringu tulemused kinnitavad seost suurema majandusliku heaolu ja parema tervise enesehinnangu vahel. Seda saab põhjendada sellega, et materiaalsete ressurside olemasolu võib mõjutada tervisekäitumist rahalisi kulutusi nõudvate tervisevalikute kaudu.

Kuigi mõnes varasemas uuringus on kirjeldatud, et partneriga elavate täiskasvanute tervise enesehinnang on parem kui lahus elaval või lahutatutel (10), ei leitud käesolevas uuringus tervise enesehinnangu seost perekonnaseisuga.

Eestis varasematel aastatel tehtud uuringute tulemusel on leitud, et mitte-estlased annavad oluliselt halvema hinnangu oma tervisele kui eestlased (2, 8). See võib olla põhjendatav sellega, et üleminekuperioodi alguses muutus Eestis eriti raskeks endistes suurettevõtetes töötanud mitte-estlaste olukord, kellel tekkis suurem risk jääda töötuks. Lisaks põhjustas keelebarjäär infovalu ning paljude tuttavate ja sõprade Eestist lahkumise tõttu vähenesid sotsiaalsed kontaktid (16). Käesolevas uuringus ei leitud seost rahvuse ja tervise enesehinnangu vahel. Ilmselt on taasiseseisvumisjärgsete aastate jooksul Eestisse jäänud mitte-estlased uue olukorraga kohanenud, nii et eestlaste ja mitte-estlaste tervise enesehinnang on ühtlustunud.

KOKKUVÕTE

Eestis hindavad oluliselt sagedamini oma tervist rahuldavaks või halvemaks madalama haridustasemega, mittetöötavad ja halva majandusliku toimetulekuga 35–54aastased täiskasvanud. Seega tuleb tervisepoliitika

meetmete väljatöötamisel ja rakendamisel enam tähelepanu pöörata konkreetsetele riskirühmadele ning ebavõrdsuse vähendamisele.

Artikkel on koostatud rahvatervishoiu magistritöö „Tervise enesehinnangu sotsiaal-majanduslikud erinevused Eestis: Euroopa

Sotsiaaluuring 2004” põhjal (autor Ülle Sildever, juhendaja Kersti Pärna). Väitekiri on kaitsitud 14. juunil 2007 Tartu Ülikoolis.

TÄNUAVALDUS

Autorid tänavad Euroopa sotsiaaluuringu Eesti koordinaatoreid võimaluse eest kasutada Euroopa sotsiaaluuringu 2004 andmeid magistritöö kirjutamiseks Tartu Ülikoolis rahvatervishoiu magistriõppes.

KIRJANDUS

1. Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, et al. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 1997;44:901–10.
2. Leinsalu M, Aluoja A, Noorkõiv R jt. Sotsiaal-majanduslik kuuluvus ja selle toimemehhanismid vaimse ja füüsilise tervise seisundi määramisel. Projekti nr 99–37 lõpparuanne. Rahvatervisealane teadus- ja arendustegevuse riiklik sihtprogramm. Tallinn; 2003.
3. Euroopa Sotsiaaluuring 2004. Eesti raport. Tallinn: Eesti Tervise- ja Käitumisteaduste Tippkeskus; 2005.
4. World Health Organization Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB). Updated January 2007. <http://www.euro.who.int/hfadb> (4.04.2007).
5. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, et al. The sociodemographic patterning of health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland. *Eur J Public Health* 2006;16:8–20.
6. Nicholson A, Bobak M, Murphy M, et al. Socioeconomic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. *Soc Sci Med* 2005;61:2345–54.
7. van Lenthe FJ, Schrijvers CTM, Droomers M, et al. Investigating explanations of socioeconomic inequalities in health. The Dutch GLOBE study. *Eur J Public Health* 2004;14:63–70.
8. Elanike ootused arstiabi suhtes 2002–2005. www.haigekassa.ee/haigekassa/uuringud/ (29.04.2007).
9. Gilmore A, McKee M, Rose R. Determinants and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Soc Sci Med* 2002;55:2177–88.
10. Olsen KM, Dahl SA. Health differences between European countries. *Soc Sci Med* 2007;64:1665–78.
11. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med* 2003;56:2505–14.
12. Ala-Mursula L, Vahterna J, Kivimäki M, et al. Employee control over working time: Associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health* 2002;56:272–8.
13. Balabanova DC, McKee M. Self-reported health in Bulgaria: levels and determinants. *Scand J Public Health* 2002;30:306–12.
14. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, et al. Trends in the magnitude of educational inequalities in health in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland during 1994–2004. *Public Health* 2006;120:841–53.
15. Leinsalu M, Grintšak M, Noorkõiv R. Eesti terviseuuring. Tabelid. Tallinn: Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut; 1999.
16. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847–61.
17. Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, et al. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med* 1998;47:269–79.
18. Monden C. Socioeconomic health inequalities in Latvia – a cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2004;32:217–23.
19. Carlson P. Self-perceived health in East and West Europe: another European health divide. *Soc Sci Med* 1998;10:1355–66.
20. Bobak M, Pikhart H, Rose R, et al. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med* 2000;51:1343–50.

SUMMARY

Socioeconomic differences in self-perceived health in Estonia: European Social Survey 2004

AIM. To investigate association between socioeconomic status and self-perceived health among adults in Estonia.

METHODS. This study was based on a subsample of the 35–54-year-old adult population (n = 627) of the European Social

Survey conducted in Estonia in 2004. Self-perceived health was rated on a 5-point scale: very good, good, fair, poor and very poor. Socioeconomic status was measured according to the level of education, employment, economic well-being, age, ethnicity, type of residence and marital

status. Logistic regression analysis was applied to assess association between self-perceived health and socioeconomic status.

RESULTS. The present study showed that 49.5% of the respondents rated their health at least as good and 50.5% as less than good. No significant difference was found in self-perceived health between men and women. Women rated their health as very good more frequently than men but as very poor less frequently than men. Overall, the overwhelming majority of the respondents had secondary education, were employed, married or cohabiting, and their nationality was Estonians. Compared to women more men had basic education and fewer had

higher education. Economic well-being was rated as good by over half of the respondents and as poor by almost half of them.

In adjusted logistic regression analysis, lower than good self-rated health was associated with lower education, unemployment, lower economic well-being and older age group for both genders. No relationship was found between self-perceived health and marital status, ethnicity, and type of residence.

CONCLUSION. Health policies should be directed towards addressing specific risk groups and fundamental issues of socioeconomic inequality in Estonia.

ylle.sildever@mail.ee